

артерий, что нами приведены в тексте. Таким образом, в ветвлении парных крупных артерий, расположенных рядом относительно друг друга, выявляется закономерность, которая заключается в том, что одна из них, как правило, ветвей не отдает.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кованов В.В., Аникина Т.И. Хирургическая анатомия артерий человека. - Москва: "Медицина". 1974.
2. Пахомов С.П. К вопросу о формировании срединного и локтевого нервов, сопровождающемся аномалией подмышечной артерии человека // Архив анатомии, гист. эмбриол. - 1962. - N 12. - С.66-68.
3. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкевич В.И. Анатомия человека. - Москва: "Медицина", 1985.
4. Сапин М.Р. Анатомия человека. Москва: "Медицина", 1993. 5. Тонков В.Н. Учебник нормальной анатомии человека. - Ленинград: "Медгиз", 1962. 6. Adachi B. D=S Arteriasystem derjapoler. - Kyoto, 1928.

Поступила 02.02.96 г.

THE ORDER BRANCHING - PLACED OF THE LARGE COUPLED - PLACED ARTERIES

A.I.Svedavchenko, A.S.Sukhoverov

To the group of coupled large arterial trunc's we correspond the following combinations of the arteries: internal and external carotid arteries, common carotid artery and subclavian artery, the femoral artery and its branch, and prof femoral artery.

Also in cases we may correspond the axillary and its large branch to this group. There is especial order in branching of large coupled arteries, situated very close to each other.

It tells us, that one of these arteries doesn't give way to the branches.

Доцент Е.О.Непокойчицкий, А.В.Ковалев, С.П. Бобков

О СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра госпитальной хирургии N 1 Витебского медицинского института (зав.кафедрой заслуженный деятель науки РБ, профессор М.Г.Сачек)

Приводится анализ 113 случаев кишечной непроходимости, вызванной внутрибрюшными тяжами, спайками и сращениями, что составляет 57,7% от всех случаев острой кишечной непроходимости за анализируемый период. В диагностике заболевания использовались общепринятые методы исследования. В неясных, стертых случаях - пассаж бария по тонкой кишке. Причиной кишечной непроходимости у 51 (45,2%) оказались соединительнотканые и салниковые тяжи, у 15 (13,3%) - сращения петель тонкой кишки с операционным рубцом, у 14 (12,4%) - сращения петель между собой, у 8 (7%) - сращения петель тонкой кишки между собой и с передней брюшной стенкой, у 12 (10,7%) образовалась "двустволка", ранняя спаечная кишечная непроходимость развилась у 4 (3,5%) больных. Не выявлено спаек и сращений у 9 (7,9%) больных. Сообщается о хирургической тактике при данной патологии.

За последние годы произошло определенное снижение заболеваемости кишечной непроходимостью. Однако проблема этой тяжелой патологии остается актуальной. Все еще высокая послеоперационная летальность, позднее поступление больных в стационар,

значительный процент диагностических и тактических ошибок. Данные ряда авторов и наши исследования свидетельствуют об изменении структуры кишечной непроходимости (1, 5, 6). По возрасту больные спаечной кишечной непроходимостью распределяются следующим образом: 17-25 лет - 8 больных; 26-30 лет - 23; 31-40 лет - 35; 41-50 лет - 24; 51-60 лет - 16; старше 60 лет - 7 больных. Первой операцией, приведшей к образованию внутрибрюшинных спаек и сращений были: аппендэктомия - у 38 больных, гинекологические заболевания - у 22, острая кишечная непроходимость - у 6, травмы передней брюшной стенки (проникающие и непроникающие) - у 19, резекция желудка - у 9, холецистэктомия - у 11, перитонит неясной этиологии - у 8 больных. Ранее перенесли операции: 1 - 57 больных, 2 операции - 21, 3 операции - 16, более 3 операций - 12 больных.

За период с 1985 по 1994 гг. в 1 хирургическом отделении Витебской областной клинической больницы находилось на стационарном лечении 196 больных с острой кишечной непроходимостью. у 113 (57,6%) из них во время операции обнаружены внутрибрюшинные спайки, сальниковые и соединительнотканые тяжи, сращения петель кишечника между собой и с внутрибрюшными органами, что явилось причиной кишечной непроходимости.

В своей работе мы подвергли анализу 113 больных, причиной кишечной непроходимости у которых оказались внутрибрюшные тяжи, спайки и сращения, что составляет 57,7% больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости.

В собирательное понятие "кишечная непроходимость" входят все виды острой кишечной непроходимости, включая и спаечную кишечную непроходимость, которая все чаще освещается на страницах периодической печати как отдельное заболевание. Причиной спаечной кишечной непроходимости, как и спаечной болезни, являются внутрибрюшинные спайки, сращения и тяжи, возникшие после воспалительных процессов, операционных и физических травм серозных оболочек брюшной полости. При каких-то неблагоприятных условиях в одних случаях обширное поражение серозных оболочек спайками вызывает спаечную болезнь, в других случаях - единичные тяжи, ограниченный спаечный процесс, спаечную кишечную непроходимость. Разделение это условно. Дифференциальная диагностика между ними представляет серьезные трудности, а иногда не представляется возможной.

И не зря многие авторы (1, 2, 3) в своих работах называют эту патологию то спаечной болезнью, то спаечной кишечной непроходимостью. В то же время правильная диагностика определяет и правильную тактику. А она существенно отличается в этих случаях. Если спаечную болезнь можно чаще всего лечить консервативно (72%), то спаечная кишечная непроходимость, как правило, требует срочного оперативного вмешательства.

Под термином "спаечная кишечная непроходимость" мы понимаем разновидность острой кишечной непроходимости, возникающей преимущественно в тонкой кишке вследствие нарушения диеты (обильная газообразующая пища), физического и нервного перенапряжения, при наличии внутрибрюшинных тяжей, сращений и спаек на участках кишки до 50 см. Спаечная болезнь - это стойкая патология серозных оболочек брюшной полости, проявляющаяся болями в животе, диспепсическими расстройствами, нарушением моторной и эвакуаторной функции тонкой кишки. Объем поражения серозных оболочек спайками варьирует в широких пределах - от 50 см до тотального поражения. Мы не претендуем на точность этих определений, хотя в своей практической работе придерживаемся их. Характерно и то, что ни одна из названных патологий не внесена в номенклатуру болезней. Больные кишечной непроходимостью доставляются в стационар службой скорой помощи чаще всего в вечернее и ночное время, когда диагностические возможности дежурного персонала в определенной мере сужены. В постановке диагноза играет роль умело собранный анамнез (перенесенные операции, состояние в последующее время, наличие или отсутствие болей в животе, запоров, вздутия живота). При клиническом обследовании важно установить характер болей в животе в момент осмотра (тупые, острые,

постоянные, схваткообразные), характер перистальтических шумов кишечника (бурные, вялые, волнообразные, редкие, тихие, громкие и т.д.), частоту пульса и артериальное давление. Отхождение газов и стула диагностической ценности не представляют в связи с тонкокишечной непроходимостью и возможным опорожнением толстой кишки.

По данным некоторых авторов (5) рентгенологически кишечная непроходимость распознается в 95% случаев. О высокой диагностической ценности рентгеновского исследования при спаечной кишечной непроходимости сообщают другие авторы (8).

Рентгеновскому обследованию подвергнуто 103 больных со спаечной кишечной непроходимостью. Обзорная рентгеноскопия и графия выполнены у 91(88,3%) больных. Чаши Клойбера обнаружены у 72, раздутые петли тонкой кишки и арки - у 12 больных. Рентгеноконтрастное исследование проведено у 12 больных со стертой клинической картиной. "Депо" бария в различных участках тонкой кишки найдено у 7 больных. Оно сохранялось 7-9 часов. У 5 больных обнаружено сужение отдельных участков и задержка бария в тонкой кишке более 7 часов. Указанные признаки подкрепляют клиническую картину в пользу оперативного лечения. Не проводилось рентгеновское исследование у 12 тяжело больных. Воздавая должное рентгеновскому исследованию, следует подчеркнуть, что и оно не абсолютно достоверно. Чаши Клойбера не являются патогномичным признаком кишечной непроходимости. Они могут выявляться и при ряде других болезней (пневмония, диспепсия, почечная колика и др.). Задержка контраста более 7 часов в тонкой кишке возможна при гипомоторной функции тонкой кишки у лиц пожилого и старческого возраста. Поэтому диагноз следует обосновывать результатами всестороннего клинического, лабораторного и инструментального обследования.

Диагностические исследования и предоперационная подготовка проводились в максимально короткие сроки. Через два часа с момента поступления оперировано 47 больных, через 3 часа - 32, через 5 часов - 12, через 7 часов - 13, через 12 часов - 9 больных.

У 36 больных, перенесших оперативные вмешательства в верхнем этаже брюшной полости (на желудке, двенадцатиперстной кишке, желчном пузыре, внепеченочных желчных протоках, поджелудочной железе), ограниченный спаечный процесс развивался в начальном отделе тонкой кишки и только у 5 их них - в терминальном отделе. Оперативные вмешательства в нижнем этаже брюшной полости (аппендэктомии, операции на матке и придатках, мочевом пузыре) приводили к образованию спаек и сращений в среднем и терминальном отделе (67) тонкой кишки.

Характер и локализация спаек и сращений в определенной мере влияли на течение и исход заболевания. Наиболее частой находкой во время операции оказались единичные или множественные тяжи (51 - 45,2%), носящие как соединительнотканый, так и салниковый характер. У 12 больных ущемление под тяжи или заворот вокруг них сопровождалось странгуляционной непроходимостью с явлениями ишемии участка тонкой кишки, что вынудило резецировать у 6 из них от 20 до 80 см кишки. Жизнеспособность кишки у 6 больных восстановлена отогреванием и введением новокаина в брыжейку. Раздутый кишечник интубирован у 18 больных. У остальных больных операция закончилась рассечением тяжей и восстановлением кишечной проходимости.

Сращение петель тонкой кишки с брюшной стенкой (операционным рубцом) выявлено у 15 (13,3%) больных, жизнеспособность кишки в этих случаях не нарушалась. Раздутые петли приводящего отдела были у 12 больных. Выпот в брюшной полости от 200 до 400мл - у 3 больных. Операция заканчивалась разделением сращений. Блокада корня брыжейки тонкой кишки выполнена у 11 больных.

Сращение петель тонкой кишки между собой оказалось более тяжелой патологией, чем предыдущая. Из 14 (12,4%) больных у 3 развилась странгуляционная кишечная непроходимость. У 3 - при разделении спаек десерозирована стенка кишки, что вынудило резецировать участок тонкой у 2 больных. Интубация тонкой кишки выполнена у 5 больных, а блокада корня брыжейки - 9.

Сращение тонкокишечных петель между собой и с передней брюшной стенкой выявлено у 8 (7%) больных. При разделении спаек и сращений десерозирована серозная оболочка на значительном участке у 3 больных, вследствие чего резецирован кишечник у 2 больных.

Сложенные в виде двустовки тонкокишечные петли найдены у 12 (10,7%) больных. Раздутым оказался приводящий отдел кишки у 6 больных. Спайки разделены. Все больные выздоровели.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость диагностирована у 4 (3,5%) больных. Рыхлые спайки и сращения локализовались в правой подвздошной области, у 2 из них на стенке кишки были фибриновые пленки - следы вялотекущего перитонита. Спайки разделены. В конце операции и через дренажные трубки в течение 3 дней вводился новокаин с антибиотиками.

У 9 (7,9%) больных внутрибрюшных спаек и сращений в брюшной полости не обнаружено. Тонкая кишка была умеренно раздутой, в отдельных случаях слегка гиперемирована. Артериальные сосуды брыжейки нормально пульсировали. Выпота в брюшной полости не выявлено. Произведена блокада корня брыжейки раствором новокаина. Наступило выздоровление. Эти случаи трактуются как динамическая кишечная непроходимость.

До сих пор остается нерешенным вопрос об окончании операции после разделения спаек. Отсутствие эффективных противоспаечных препаратов не позволяет сколько-нибудь успешно предупреждать спайки после их разделения. Использование для этой цели раствора новокаина не оправдало надежды хирургов. Литическая смесь (полиглюкин, фибринолизин, гидрокортизон) при введении в брюшную полость вызывают "биологическую сварку" серозных оболочек, разделить которые не представляется возможным. Таким же свойством обладает смесь, рекомендуемая Р.А.Женчевским. Наш опыт (4) подсказывает, что после разделения спаек на ограниченном участке вводить какие-то противоспаечные препараты нецелесообразно вследствие того, что зачастую они вызывают обратный эффект. Участки тонкой кишки до 50 см, десерозированные в ходе разделения спаек, лучше резецировать. Разделение "двустовок" при отсутствии выпота и раздутого приводящего колена тонкой кишки не имеет смысла.

Существенным мероприятием по предупреждению послеоперационных спаек является раннее восстановление перистальтики тонкой кишки. С этой целью оправдано введение новокаина в корень брыжейки, раннее кормление больного, активное поведение больного в кровати, стимуляция перистальтики лекарственными препаратами (гипертонический раствор поваренной соли внутривенно, прозерин, димеколин, стрихнин).

По нашему убеждению, выделение спаечной кишечной непроходимости в отдельную нозологическую единицу нецелесообразно, так как создает путаницу в диагностических и тактических вопросах. Этот вид патологии следует считать разновидностью острой кишечной непроходимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапов Д.А. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, острая кишечная непроходимость. - Курган, 1960. - 117 с.
2. Булыгина Н.В. //Хирургия. - 1976. - N 3. - С.41-44.
3. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. - М., 1989. - 180 с.
4. Непокойчицкий Е.О. // Здравоохранение Белоруссии. - 1973. - N 1. - С.23-27.
5. Ржевская М.С., Шейманидзе А.Я., Евдокимов В.Н. Острая кишечная непроходимость. - М., 1977. - 140 с.
6. Симонян К.С. Спаечная болезнь. - М., 1966. - 124 с.
7. Чухриенко Д.П. Кишечная непроходимость. - Киев, 1958. - 118 с.
8. Шальков Ю.Я., Левендюк А.М., Гамидов А.Н. // Хирургия. -1990. - N 3. - С.54-57.

ABOUT COMMISURAL ILEUS

Nepokoychitsky E.O., Kovalev A.V., Bobkov S.P.

113 cases of ileus caused by intra-abdominal bands, comissures and adhesions are analyzed. They make up 57.7% of all acute ileus cases for the period under analyses. Generally accepted examination methods were used in the diagnosing of the disease, barium passage along small intestine being used in unclear, obliterated cases. In 51 patients (45,2%) connective and omental bands turned out to be the cause of ileus, in 15 (13.3%) - small intestine loops adhesions with operation scar, in 14 (12.4%) - adhesions of loops between themselves, in 8 (7%) - adhesions of small intestine loops between themselves and with anterior abdominal wall. In 12 patients (10.4%) "double-barrel" formed and in 4 patients (3.5%) early commisural ileus developed. Comissures and adhesions were not revealed in 9 patients (7.9%). Surgical tactics in this pathology is also reported.

Поступила 02.02.96 г

Ю.В.Крылов, Н.А.Крысенко, Г.А.Перковский, М.Н.Медведев, П.Н.Лисица,
А.В.Ковалев, А.Н.Лызинов

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРБАНГИДРАТНОГО АНТИГЕНА СА-19-9 В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ БОЛЬНЫХ ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАКОМ ЖЕЛУДКА

Изучали уровни содержания карбангидратного антигена СА-19-9 в желудочном соке 91 больного предраковыми заболеваниями и раком желудка. Установлены достоверно более высокие средние значения концентрации СА-19-9 в желудочном соке при раке желудка, чем при другой патологии, за исключением язвенной болезни желудка. Отмечена зависимость высоких концентраций этого антигена от наличия дуодено-гастрального рефлюкса, что снижает диагностическую значимость этого теста.

Несмотря на некоторое снижение заболеваемости раком желудка в ряде стран мира, он по-прежнему занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний (1). В настоящее время основным направлением снижения смертности от рака желудка является поиск новых методов его ранней диагностики. Перспективным диагностическим направлением является изучение опухолевых маркеров. Довольно известным маркером, который используется в сывороточных пробах и для иммуноморфологии, является карбангидратный антиген СА-19-9 (3, 4, 5). Однако результаты определения в сывороточных пробах показывают его высокие значения при ряде заболеваний (рак поджелудочной железы, рак толстой кишки, рак желудка) (2). Гастробиоптат является незначительной частью слизистой и не всегда отражает все процессы, в ней происходящие. В связи с этим, целью исследования явилась оценка возможности использования уровня СА-19-9 в желудочном соке в качестве дополнительного теста дифференциальной диагностики рака и предопухолевых заболеваний желудка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Желудочный сок получали при эндоскопическом исследовании путем аспирации через инструментальный канал эндоскопа одноразовой ловушкой, представляющей собой аналог аппарата Боброва. Пробы желудочного сока объемом 1 мл доводили до pH 7,2-7,8 путем